

THESE

709

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

CRISON MICHEL ETIENNE EUGENE

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 7 Mai 1932 à EVREUX (Eure)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

A. PROPOS D'UN CAS DE

GRANULO ACANTHOMES

MULTIPLES et SUCCESSIFS à GUERISON SPONTANÉE

LES RELATIONS AVEC

LES HYPERPLASIES PSEUDO-EPITHELIOMATEUSES
L'EPITHELIOMA de FERGUSON SMITH
et LES PYODERMITES VEGETANTES

PRÉSIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEGOS

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

CRISON MICHEL ETIENNE EUGENE

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 7 Mai 1932 à EVREUX (Eure)

Présentée et soutenue publiquement le

A. PROPOS D'UN CAS DE



GRANULO ACANTHOMES

MULTIPLES et SUCCESSIFS à GUERISON SPONTANÉE

LES RELATIONS AVEC

LES HYPERPLASIES PSEUDO-EPITHELIOMATEUSES
L'EPITHELIOMA de FERGUSON SMITH
et LES PYODERMITES VEGETANTES

PRÉSIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEGOS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.),
 GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.),
 LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),
 MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.),
 PASTEUR VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHET (C.),
 SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN L. BINET

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

P R O F E S S E U R S

1° - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a. - Professeurs titulaires :

ANATOMIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANESTHESIOLOGIE

BIOCHIMIE MEDICALE

BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE

& AUX SPORTS

BIOLOGIE MEDICALE

CANCEROLOGIE MEDICALE ET SOCIALE

EMBRYOLOGIE

HISTOIRE DE LA MEDECINE & DE LA CHIRURGIE

(Lariboisière)

HISTOLOGIE

HYGIENE ET MEDECINE PREVENTIVE

MEDECINE DU TRAVAIL

MEDECINE LEGALE

MICROBIOLOGIE (Bactériologie et Virologie)

PARASITOLOGIE

MM.

DELMAS (A.)

DELARUE (J.)

BAUMANN (J.)

JAYLE (M.F.)

SCHAPIRA (G.)

CHAILLEY-BERT (P.)

FAUVERT (R.)

BERNARD (J.)

GIROUD (A.)

N ...

VERNE (J.)

JOANNON (P.)

DESOLLE (H.)

PIEDELIEVRE (R.)

FASQUELLE (R.)

GALLIARD (H.)

MM.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE	HUGUIER (J.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	LAVIER (G.)
PATHOLOGIE EXPERIMENTALE ET COMPAREE	MERKLEN (F.P.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MILLIEZ (P.)
PATHOLOGIE RESPIRATOIRE	TURIAF (J.)
PATHOLOGIE & THERAPEUTIQUE GENERALES	BOUDIN (G.)
PHARMACOLOGIE	CHEYMOL (J.)
PHYSIOLOGIE	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
PHYSIOLOGIE & PATHOLOGIE OBSTETRICALE	LEPAGE (F.)
PHYSIQUE MEDICALE	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
RADIOLOGIE MEDICALE	DESGREZ (H.)
TECHNIQUE CHIRURGICALE & CHIRURGIE EXPERIMENTALE	N ...
THERAPEUTIQUE	CONTE (M.)

b.- Professeurs à titre personnel :

BIOCHIMIE MEDICALE	DESGREZ (P.)
BIOLOGIE MEDICALE	OLONOVSKI (J.)
EMBRYOLOGIE	BOURLIERE (F.)
HYGIENE & MEDECINE PREVENTIVE	TUCHMANN (H.)
PARASITOLOGIE	DEPARIS (M.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	BRUMPT (L.C.)
PHARMACOLOGIE	LAURENCE (G.)
PHYSIOLOGIE	LEVY (Melle J.)
PHYSIQUE MEDICALE	PARROT (J.)
	KELLERSHOHN (L.)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a.- Professeurs titulaires :

CLINIQUE CARCINOLOGIQUE CHIRURGICALE (Necker)	REDON (H.)
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE (Broussais)	MOUQUIN (M.)
CLINIQUES CHIRURGICALES	LORTAT-JACOB (J.L.)
Beaujon	LEGER (L.)
Cochin	PATEL (J.)
Hôtel-Dieu	CORDIER (G.)
Pitié	GOSSET (J.)
Saint Antoine	SICARD (A.)
Salpêtrière	OLIVIER (Cl.)
TENON	

MM.

CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE & ORTHOPÉDIQUE	FEVRE (M.)
CLINIQUE CHIRURGICALE ORTHOPÉDIQUE & REPARATRICE (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE (Brousseis)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
CLINIQUE DE CHIRURGIE PLEURO-PULMONAIRE (Loenneux)	MATHEY (J.)
CLINIQUE ENDOCRINOLOGIQUE (Pitié)	DECOURT (J.)
CLINIQUE DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE (Enfants Malades)	LAMY (M.)
CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Broca)	FUNCK BRENTANO (P.)
CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES & SYPHILITIQUES (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (Enfants Malades)	CATHALA (J.)
CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES (Claude Bernard)	MOLLARET (P.)
CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE (Sainte Anne)	DELAY (J.)
CLINIQUE DES MALADIES MÉTABOLIQUES (Necker)	HAMBURGER (J.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SANG (Brousseis)	MARCHEL (G.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
CLINIQUE MÉDICALE Bouicéut	LENEGRE (J.)
Brousseis	SOULIE (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Lariboisière	SEZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
CLINIQUE MÉDICALE D'HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE & CLIMATOLOGIE (Bichat)	DEBRAY (C.)
CLINIQUE MÉDICALE PROPEDEUTIQUE (Brousseis)	GENNES (L. de)
CLINIQUE MÉDICO-SOCIALE DU DIABÈTE SUCRÉ & DES MALADIES DE LA NUTRITION (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
CLINIQUE DE NEURO-CHIRURGIE (Pitié)	DAVID (M.)
CLINIQUE NEUROLOGIQUE (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
CLINIQUE OBSTÉTRICALES Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
CLINIQUE OBSTÉTRICALE & GYNÉCOLOGIQUE (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (Lariboisière)	AUBRY (M.)
CLINIQUE DE PÉDIATRIE & DE PUERICULTURE (Saint Vincent de Paul)	LELONG (M.)
CLINIQUE DE PÉDIATRIE SOCIALE (Enfants Malades)	MARIE (J.)

MM.

CLINIQUE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE (Laennec)	BERNARD (E.)
CLINIQUE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE MEDICALE ET SOCIALE (Cochin)	COSTE (F.)
CLINIQUE STOMATOLOGIQUE (Pitié)	DECHAUME (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE (Vaugirard)	ROUX (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE MEDICALE (Saint Antoine)	LEMAIRE (A.)
CLINIQUE TOXICOLOGIQUE	GAULTIER (M.)
CLINIQUE TRAUMATOLOGIQUE	PADOVANI (P.)
SEMEIOLOGIE MEDICALE	DOMART (A.)
SEMEIOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALE	POILLEUX (F.)
CLINIQUE UROLOGIQUE (Necker)	COUVELAIRE (R.)
HYGIENE & CLINIQUE DE LA PREMIERE ENFANCE	TURPIN (R.)

b.- Professeurs à titre personnel :

MEDECINE	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES & MAITRES DE
CONFERENCES - AGREGES

ANATOMIE	MM. CABROL (C.), COUINAUD (C.), GILLOT (C.), OLIVIER (G.)
ANATOMIE	Melle GAUTHIER-VILLARS (P.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIQUE	MM. ABELANET (R.), BUSSET (F.), CHOMETTE (G.), GOUYGOU (CH) M. Conf., NEZELOFF (Ch.), ORCEL (L.), PAILLAS (J.)
ANESTHESIOLOGIE	KERN (E.), VOURC'H (G.)
BACTERIOLOGIE	BARBIER (P.), CHRISTOL (D.), LE MINOR (L.), TOURNIER (P.)
BIOCHIMIE MEDICALE	BAULIEU (Et.) M. Conf., BOURILION (R.), CARTIER (P.), DREYFUS (J. Cl.), GENNAUD (P.), KRUH (J.), JEROME (H.)
BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE & AUX SPORTS	M. PIAS (F.)
CARCINOLOGIE	MM. BOIRON (M.), DENOIX (P.), MATHE (G.), SELIGMANN (M.)

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE	MM. CIVATTE (J.), DUPERRAT (B.)
ELECTRO-RADIOLOGIE	M. LEDOUX-LEBARD (G.)
HEMATOLOGIE	MM. BESSIS (M.), BILSKI-PASQUIER (G.), DAUSSET (J.), DUHAMEL (G.)
HISTOLOGIE	MM. COUJARD (H.) Pr. s. ch., MAROIS (M.), RACADOT (J.)
HYDROLOGIE	MM. BESANCON (F.), CORNET (A.)
HYGIENE	MM. BOYER (J.) Pr. s. ch., BLANCHER (G.), Mme CORRE-HURST (L.) M. SAPIN-JALOUSTRE (H.)
MALADIES INFECTIEUSES	MM. BASTIN (R.), DUPONT (V.)
MEDECINE LEGALE	MM. DEROBERT (L.) Pr. s. ch. FOURNIER (E.), GUENIQT (M.) HADENGUE (A.)
MEDECINE DU TRAVAIL	M. ALBAHARY (C.)
NEURO-CHIRURGIE	M. PERTUISET (B.)
OBSTETRIQUE	MM. GRANJON (A.), HERVET (E.), LE LORIER (G.), LEVY (J.), MORIN (P.), MUSSET (R.), ROBEY (M.), SENEZE (J.), SUREAU (G.), THOYER-ROZAT (J.).
OPHTHALMOLOGIE	MM. BREGEAT (P.), DUBOIS (A.), SARAUX (H.)
ORTHOPEDIE	MM. JUDET (R.), MEARY (R.), POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	MM. DEBAIN (J.), PIALOUX (P.),
PARASITOLOGIE	MM. GOLVAN (Y.), LAPIERRE (J.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	MM. BARCAT (J.), BINET (J.P.), CAUCHOIX (J.), CERBONNET (G.), CHATELIN (C.L.), DUBOST (Ch.), DUBOST (Cl.), FAUREL (J.), FLABEAU (F.), GARBAY (M.), GARNIER (H.), de GAUDART d'ALLAINES (Cl.), GERMAIN (A.), LATASTE (J.), LEVEQUE (B.), LOYGUE (J.), MERCADIER (M.), NATALI (J.), PELLERIN (D.), PERROTIN (J.), ROBERT (H.), THOMERET (G.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	SCHNEIDER (J.)

PATHOLOGIE EXPERIMENTALE	MM. BENHAMOU (J.P.), BERTHAUX (P.), BOIVIN (P.), CROSNIER (J.), HARTMANN (L.) LOEPER (J.), MAURICE (J.), MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MM. AUSSANNAIRE (M.), BOUVIER (J.), BOUVRAIN (Y.), BRICAIRE (H.), BRISSAUD (H.) BROCARD (H.), BUGE (A.), CATINAT (J.), CHRETIEN (J.), COBLENTZ (B.), CONTAMIN (F.) COURY (C.), ETIENNE (J.F.), FREZAL (J.), FRITEL (D.), HENNEQUET (A.), HIMBERT (E.), HOUSSET (E.), LAROCHE (Cl.), LESOBRE (R.), MACREZ (C.), MOREAU (L.), NICK (J.), ROYER (P.), TOURNEUR (R.), WOLFROMM (R.)
PEDIATRIE-PUERICULTURE	MM. JOSEPH (R.), LAFOURCADE (J.), LEPERCQ (G.) MANDE (R.), MOZZICONACCI (P.), POLONOVSKI ROSSIER (A.), VIALATTE (J.) (C.)
PHARMACOLOGIE	MM. BOISSIER (J.), LECHAT (P.),
PHYSIOLOGIE	MM. BARRES (G.), DEJOURS (P.), DURAND (J.) GIRARD, M. Conf., HUGELIN (A.), SCHERRER (J.).
PHYSIQUE MEDICALE	MM. CHANTEUR (J.), GOUGEROT (L.) M. Conf. Pr. s. ch., GREMY (F.), M. Conf. MILHAUD (G.), PELLERIN (P.), ROUCAYROL (J. Cl.), TUBIANA (M.), M. Conf.
PNEUMO-PHTISIOLOGIE	MM. KREIS (B.), MEYER (A.), RENAULT (P.)
PSYCHIATRIE	M. PICHOT (P.)
PSYCHIATRIE INFANTILE	MM. DENIKER (P.), DUCHE (D.), FLAVIGNY (H) LAPRESLE (J.)
RHUMATOLOGIE	M. DELBARRE (F.)
STOMATOLOGIE	M. CERNEA (P.) Mme A. CHAPUT, M. Conf. Agr., M. GRELLET
THERAPEUTIQUE	MM. CHASSAGNE (F.), LAMOTTE (M.), MARCHE (J.)
UROLOGIE	MM. AUVERT (J.), MOULONGUET (A.), QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

ANATOMIE	M. J. DEBEYRE
CLINIQUE CHIRURGICALE	MM. ABOULKER (P.) AMELINE (A.) Pr. s. ch., VERNE (J.M.)
CLINIQUE MEDICALE	MM. PERRAULT (M.), RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
CLINIQUE OBSTETRICALE	MM. GRASSET (J.), MAYER (M.)
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE	MM. DESVIGNES (P.), OFFRET (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE	
	M. MADURO (R.)
CLINIQUE PEDIATRIQUE & PUERICULTURE	M. R. LAPLANE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE	M. H. BARUK
CLINIQUE UROLOGIQUE	M. R. KUSS

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

BACTERIOLOGIE	M. HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	M. RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE :

	MM. BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire Général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principale	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	} M. le Docteur HAHN
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Melle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Melles LAURENT (H.) LE NOËL (C.) QUEFVREUX (D.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur R. D E G O S

Professeur de Clinique
des Maladies Cutanées et Syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la Présidence de cette Thèse.

A Monsieur le Docteur H E W I T T

Médecin de l'Hôpital Broca

Qui nous a inspiré le sujet de cette Thèse.

A TOUS CEUX
qui ont contribué à notre formation dermatologique

Monsieur le Docteur MEYER de SCHMIDT

Monsieur le Docteur RICHON

Monsieur le Docteur DESVIGNES

Monsieur le Docteur KAUFMANN

A Monsieur le Docteur SCLAFER
Qui nous a fait découvrir l'Allergologie

Qu'ils trouvent ici
l'expression de notre profonde reconnaissance

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le Service de notre Maître, Monsieur le Docteur HEWITT, une malade atteinte de lésions nodulaires, évoluant par poussées depuis 3 ans.

Devant l'aspect inhabituel tant clinique qu'histologique de ses éléments, cette affection fut dénommée granulo-acanthomes multiples et successifs.

Ce fait se classe dans le groupe des hyperplasies pseudo-épithéliomateuses de la peau ; il nous a paru intéressant d'en examiner les relations avec les autres maladies voisines.

Après la présentation de notre observation, et sa discussion, nous étudierons ses rapports avec :

- . le kérato-acanthome,
- . les kératoses de POTH,
- . le verrucome de COUGEROT,
- . l'épithélioma de FERGUSON SMITH,
- . les pyodermites végétantes dont l'histologie la rapproche.

OBSERVATION DE NOTRE MALADE

Madame J. C..., 43 ans, consulte le 8 Août 1959 , le Docteur HEWITT, à l'Hôpital Broca, pour des lésions évoluant par poussées depuis 3 ans, sur tout le corps, mais plus particulièrement au niveau du cou, des joues et des régions péri-orbitaires.

L'affection débuta il y a 3 ans, sans que l'on puisse retrouver une cause déclenchante : exposition au soleil, manipulation d'huile ou d'autres produits, facteurs infectieux rhino-pharyngés, génitaux, ni influence cataméniale. Et depuis les poussées se sont succédées, sans véritable interruption, elles durent deux à trois mois chacune, sans retentissement sur l'état général ; la malade est en bonne santé apparente et ne prend aucun médicament, sauf du Mucinum et pas depuis trois mois. L'interruption de cette médication ne change en rien l'évolution.

Chaque poussée, annoncée par des signes généraux mineurs qui permettent à la malade d'en prévoir l'apparition, est faite d'un petit nombre d'éléments (quatre à dix) et atteignant la tronc, et surtout les faces latérales du cou, le visage dans les zones palpébrales inférieures et naso-labiales.

Apparus à des intervalles irréguliers, les éléments se présentent à des stades différents de leur évolution.

L'élément débute par une petite tuméfaction nodulaire de la taille d'un grain de plomb, recouvert d'une peau normale.

Peu à peu, il grossit , pour réaliser en deux ou trois semaines, un petit nodule hémisphérique de un centimètre environ de diamètre, rouge violacé, brillant; Certains éléments sont entourés d'une aréole inflammatoire.

La palpation révèle sa mobilité sur les plans profonds, sa parfaite limitation, une certaine sensibilité à la pression contrastant avec l'indolence spontanée.

Après une phase de stabilisation d'une semaine, ce nodule change d'aspect ; son centre se ternit et devient papillomateux. Le grattage à la curette fait apparaître une petite ulcération à fond tomentueux et saignant.

Vers la 5ème-6ème semaine, l'aréole inflammatoire disparaît, le centre papillomateux s'étend, végète, s'infiltré, tandis que la partie périphérique charnue s'affaisse. Il n'y a bientôt plus qu'une formation verruqueuse, brunâtre, sèche, qui disparaît à la 8ème semaine en laissant une petite cicatrice nodulaire.

Certains éléments présentent une évolution écourtée, sans stade verruqueux ; aucun n'a suppuré ;

L'état général de la malade est bon, le bilan biologique pratiqué n'a montré aucune altération notable :

Numération globulaire :

Globules rouges	: 3.920.000 par mm ³
Leucocytes	: 3.400 par mm ³
Hémoglobine	: 78 %
Valeur globulaire	: 0,99

Formule sanguine :

Polynucléaires neutrophiles	: 64
" éosinophiles	: 2
Lymphocytes	: 24
Monocytes	: 10 pour 100 éléments.

La Vitesse de sédimentation, faite à 2 reprises, n'est que très discrètement modifiée :

1ère heure	: 10
2ème "	: 27
24ème "	: 93

L'électrophorèse montre seulement une petite diminution des α_2 globulines :

Protides	: 78 g./litre
Sérum-albumine	: 56 g.
Sérum-globuline	: 28 g.
Rapport A/G	= 1,8

Les réactions sérologiques sont négatives.

Le dosage du complément et des antistreptolysines est normal.

Les tests microbiens et mycologiques se sont révélés négatifs ; seule la cuti-réaction à la tuberculine fut positive et l'intra-dermo-réaction avec 10 unités produisit une papule de 14 mm. du centre d'une zone érythémateuse de 30 mm.

Les cultures sur les milieux appropriés et gélose SABOURAUD sont restées stériles, l'inoculation au cobaye a été infructueuse.

Les essais d'auto-inoculation : partir de fragments de tumeur broyés et mélangés à du sérum physiologique ont été vains.

HISTOLOGIE :

Deux éléments cutanés ont été prélevés :

- . l'un : récent à peine papillomateux ;
- . l'autre : plus ancien, verruqueux.

1.- L'élément récent, saillant, arrondi, lisse se présente au microscope avec un épiderme aminci mais normal, sous lequel on trouve deux lésions distinctes séparées par un conduit sudorifère :

- . d'un côté : un granulome inflammatoire polymorphe, banal, riche en polynucléaires et contenant quelques éosinophiles, occupe presque toute l'épaisseur du derme papillaire ;
- . de l'autre côté du conduit sudorifère, une masse arrondie, plus superficielle, à structure épithéliale, se présente un peu comme un kérato-acanthome imparfait : il existe quelques petites masses centrales cornées autour desquelles la prolifération épithéliale, tout-à-fait orthoplasique, forme une masse arrondie, très bien limitée.

Il faut surtout noter la limitation régulière de cette masse par une basale normale et l'absence presque complète d'inflammation au contact de cette basale.

2.- L'élément plus tardif, au 2ème stade verruqueux, très légèrement déprimé à son sommet, se présente histologiquement comme une masse verruqueuse dont la surface est légèrement érodée. Cette zone superficielle n'est pas kératinisée et l'on ne voit aucun cratère à contenu corné. La structure de cette masse est constituée à des degrés divers par le mélange de trois éléments principaux :

- . un granulome, pur, sans hyperplasie épithéliale, formant une masse de cellules inflammatoires, polymorphes où les polynucléaires plus ou moins altérés sont en grand nombre, avec des foyers éosinophiles granuleux ;
- . des zones de prolifération épithéliale, mêlées à une infiltration granulomateuse intense, présentant l'aspect histologique de la pyodermite végétante ; les bourgeons épithéliaux sont souvent centrés par une masse de polynucléaires altérés, parmi lesquels on trouve de nombreux éosinophiles ; ces aspects se trouvent surtout vers la partie centrale et superficielle de la tumeur ;

- . Tout le reste de la tumeur se présente comme une prolifération pseudo-épithéliomateuse dont les bourgeons sont disposés sans ordre, anastomosés entre eux, généralement étroits, dispersés dans un stroma inflammatoire ; ces bourgeons ne présentent aucune monstruosité cellulaire, ils ne sont pas centrés par une masse cornée.

On n'a trouvé ni germes banaux, ni parasites, ni bacilles tuberculeux à l'examen des coupes.

EVOLUTION :

Malgré un traitement à la Vitamine C, à raison de un gramme par jour en injections intra-veineuses, aucune amélioration ne se dessine, les anciens éléments continuent d'évoluer et de nouveaux apparaissent.

La malade est revue le 3 Septembre, un nouveau traitement à la Mycostatine-tétracycline est essayé sans plus de résultats.

La malade est revue le 1er Mars 1960 à la suite d'une poussée très marquée d'éléments qui se présentent à des stades très différents de leur évolution, et sont remarquables par leur nombre et leur diffusion, atteignant la région lombaire et le cou. Ces éléments nodulaires sont plus grands, plus inflammatoires et plus douloureux qu'auparavant.

Un second essai de traitement anti-infectieux (Sultirène à raison de un gramme, puis 0,5 gramme par jour, pendant 20 jours) n'eut pas plus de succès que le précédent et n'empêcha pas l'évolution des nodules existants et l'apparition de nouveaux. Une adénopathie cervicale modérée, légèrement sensible fut constatée pour la première fois ; aucune altération de l'état général n'est cependant notée.

- . Tout le reste de la tumeur se présente comme une prolifération pseudo-épithéliomateuse dont les bourgeons sont disposés sans ordre, anastomosés entre eux, généralement étroits, dispersés dans un stroma inflammatoire ; ces bourgeons ne présentent aucune monstruosité cellulaire, ils ne sont pas centrés par une masse cornée.

On n'a trouvé ni germes banaux, ni parasites, ni bacilles tuberculeux à l'examen des coupes.

EVOLUTION :

Malgré un traitement à la Vitamine C, à raison de un gramme par jour en injections intra-veineuses, aucune amélioration ne se dessine, les anciens éléments continuent d'évoluer et de nouveaux apparaissent.

La malade est revue le 3 Septembre, un nouveau traitement à la Mycostatine-tétracycline est essayé sans plus de résultats.

La malade est revue le 1er Mars 1960 à la suite d'une poussée très marquée d'éléments qui se présentent à des stades très différents de leur évolution, et sont remarquables par leur nombre et leur diffusion, atteignant la région lombaire et le cou. Ces éléments nodulaires sont plus grands, plus inflammatoires et plus douloureux qu'auparavant.

Un second essai de traitement anti-infectieux (Sultirène à raison de un gramme, puis 0,5 gramme par jour, pendant 20 jours) n'eut pas plus de succès que le précédent et n'empêcha pas l'évolution des nodules existants et l'apparition de nouveaux. Une adénopathie cervicale modérée, légèrement sensible fut constatée pour la première fois ; aucune altération de l'état général n'est cependant notée.

La malade est alors soumise à la corticothérapie (20 mg. de delta-cortisone pendant 2 jours, 15 mg. deux autres jours, puis 10 mg. les 48 heures suivantes). Au 8ème jour de ce traitement, tous les nodules sont apaisés, trois semaines après l'arrêt, aucune récurrence n'est survenue.

Cette amélioration fut de courte durée, car deux mois après, de nombreux éléments nouveaux sont apparus : un élément récent de 5 mm. de diamètre, rouge, saillant, inflammatoire, lisse sur la face latérale du cou, un autre sur le pli du coude gauche, ancien en voie d'élimination, aplati, surmonté par une croûte noire, saillante et adhérente.

Puis, sans raison apparente, après une ou deux autres poussées, sans que la malade subisse une nouvelle thérapeutique, aucun autre élément n'apparaît et depuis 18 mois, la guérison est complète.

Cette observation peut se résumer ainsi :

- Chez une femme de 43 ans, apparaissent depuis trois ans, en série ininterrompue, de petites tumeurs d'aspect inflammatoire, uniques ou peu nombreuses à la fois. Ces tumeurs passent en 4 à 6 semaines par des stades successifs aboutissant à leur guérison spontanée ;
 - les recherches bactériologiques, parasitologiques et mycologiques sont négatives, l'auto-inoculation est infructueuse ;
 - les thérapeutiques antibiotiques, sulfamidées, sont sans effet. La corticothérapie apporte seule un arrêt de l'évolution, mais temporaire.
 - la guérison survient peu de temps après, spontanément.
-

- Que peut-on dégager de ce cas ?

D'après leur aspect clinique c'est à une affection bénigne que ces tumeurs font penser. Le fait qu'elles apparaissent en peau saine, non préalablement lésées par une brûlure, cicatrice, radiodermite, etc... est déjà d'une certaine orientation lorsque l'on connaît la particulière fréquence de tels antécédents dans l'étiologie des épithéliomas. Leur développement rapide (en trois semaines-un mois) est un argument qui se joint à celui de leur parfaite limitation, de leur mobilité sur les plans profonds. Les tissus avoisinants ne sont aucunement infiltrés et l'érythème, parfois observé, régresse rapidement. On ne retrouve absolument pas de placard dur sur lequel repose la base d'un épithélioma spino-cellulaire.

L'ulcération restée petite, ses bords n'ont pas l'aspect irrégulier dur, éversé, entourant une profonde ulcération épithéliomateuse.

L'examen histologique confirme cette impression favorable. Au microscope, l'élément récent montre certes, quelques masses centrales cornées, mais celles-ci sont peu importantes, et la tumeur reste parfaitement limitée par une basale normale, aucune fusée cellulaire profonde, aucune atteinte des annexes n'ont été observées.

L'élément tardif n'est pas kératinisé, sans aucune image de globe corné. Les bourgeons sont étroits, anastomosés entre eux et ne présentent aucun renflement nodulaire qui valut à l'épithélioma spino-cellulaire le terme d'épithélioma lobulé. En outre, aucune atypie cellulaire, aucune monstruosité cellulaire n'ont été vues.

L'évolution favorable de c haque élément se cicatrisant en deux mois et la guérison complète de l'affection, stable depuis 18 mois, lève tous les doutes.

Par ses zones de prolifération épithéliale, mêlée à une infiltration granulomateuse avec des masses de polynucléaires altérés, l'aspect des coupes évoquerait une pyodermite végétante, mais ce diagnostic ne peut être retenu en raison de l'absence de germes in situ, et prouvée en outre tant par l'inefficacité des traitements antibactériens que par la stérilité des cultures et par l'échec de l'inoculation au cobaye.

C'est donc purement une ressemblance histologique que ne repose sur aucune base étiologique microbienne.

Microscopiquement, les tumeurs de notre malade, multiples, survenant par poussées et guérissant spontanément, étaient formées par un granulome pur sans hyperplasie épithéliale et par une prolifération épithéliale d'aspect pseudo-épithéliomateux sans aucune masse cornée associée à l'image que nous avons discutée précédemment.

C'est en raison de ces faits que notre cas fut dénommé :

Granulo-acanthome multiple successif, à guérison spontanée.

Par ses aspects cliniques et histologiques, par son allure évolutive, notre cas de classe au voisinage du kérato-acanthome et des autres hyperplasies pseudo-épithéliomateuses, des épithéliomas à guérison spontanée de FERGUSON-SMITH et des pyodermites végétantes. Des recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de trouver un seul cas tout-à-fait comparable au nôtre; néanmoins, une certaine parenté semble exister entre notre observation et les affections précédemment citées, c'est ce que nous essaierons de dégager maintenant.

C'est au KERATO-ACANTHOME et, plus particulièrement au KERATO-ACANTHOMES MULTIPLES que l'aspect clinique et l'allure évolutive de cette affection fait le plus penser. Longtemps confondu avec l'épithélioma spino-cellulaire, le kérato-acanthome fut décrit pour la première fois par DUPONT, en 1930, sous le nom de kyste sébacé à paroi végétante, puis Mc CORMAC et SCARFF publièrent, en 1936, dans le British Journal of Dermatology, dix cas de Molluscum sebaceum. Le problème fut repris par ROOK et WHIMSTER, en 1950, et le terme de kérato-acanthome suggéré par FREUDENTHAL fut adopté, les termes de Molluscum sebaceum et molluscum pseudo-carcinomatousum étant encore usités dans la littérature anglo-saxonne et allemande.

En 1956, le kérato-acanthome fut l'objet de travaux du Congrès de Lausanne.

Depuis, les observations se sont multipliées. Cette affection semble assez fréquente, particulièrement dans les régions industrielles : 42 cas dans le Nord de la France, publiés par HURIEZ, 76 par BEARE à Belfast, 40 par LAPIERE.

Presque toujours unique, des formes de kérato-acanthomes multiples ont néanmoins été décrites.

RABUT et HEWITT rapportent, en 1954, une observation de kérato-acanthome multiples successifs avec localisation labiale. Depuis 18 ans, leur malade présentait des lésions nodulaires atteignant le visage, front, ailes du nez, parfois les lèvres, la face dorsale des doigts et des orteils, les bras. Après une évolution identique, chaque élément aboutissait en deux semaines à la chute de la croute et à la dépression centrale ; ce stade durait plusieurs mois et finalement donnait lieu à une cicatrice. On retrouve la même évolution dans l'observation de LAPIERE ; son malade avait, depuis 25 ans, plusieurs poussées annuelles d'un ou plusieurs éléments qui évoluaient tous sur le même mode, la petite masse cornée initiale grossissait pour réaliser l'aspect d'un kérato-acanthome typique, confirmé par l'histologie.

Citons encore l'observation de SMITH où la maladie débuta à l'âge de 14 ans, celle de BINAZZI et FINZI remarquables par le jeune âge du malade (nourrisson de 5 mois) et sa survie après un eczéma, celle de BURDA et PIECHOCKI, de TORCHI, de PILLSBURG et BERMAN, d'EREAUX et collaborateurs.

Ainsi, au cours des kérato-acanthomes multiples, des éléments disséminés sur tout le corps, respectant les localisations électives du kérato-acanthome isolé évoluent par poussées régressives au cours de nombreuses années, chaque élément ayant l'aspect et l'histologie d'un kérato-acanthome typique.

Ce caractère évolutif rapproche notre observation de ces cas rares de kérato-acanthomes multiples et successifs ; cependant, si chaque tumeur de notre malade ressemble à un kérato-acanthome, elle ne peut lui être identifiée. Le kérato-acanthome ne s'accompagnant d'aucun signe fonctionnel, passe le plus souvent inaperçu à son stade initial ; cependant, LAPIERE a pu observer la formation d'un kérato-acanthome et donner une description précise d'un élément évoluant depuis

quelques jours, "sous forme d'une petite élevation arrondie, légèrement convexe, à peine ombiliquée, lisse, de la couleur de la peau, de consistance très ferme".

Lente durant les 8-10 premiers jours, la croissance est ensuite plus rapide ; selon BEARE, le kérato-acanthome serait néanmoins reconnaissable au bout de 8 jours. Comme le souligne LAPIERE, le développement de la tumeur doit être rapide, sur peau saine, non préalablement altérée par une kératose sénile ou un kératome.

Dans notre cas, ce stade de tumeur lisse est plus prolongé, deux à trois semaines. Cette moins grande rapidité d'évolution permet déjà de distinguer notre cas d'un kérato-acanthome, mais surtout, elle s'accompagne d'un aspect histologique différent. A côté du granulome, il existe une masse arrondie de structure épithéliale avec quelques petites masses centrales cornées qu'entoure la prolifération épithéliale. On avait noté la parfaite limitation de cette masse régulière, par la basale normale et l'absence presque complète d'inflammation au contact de celle-ci.

A ce stade de plein développement, le kérato-acanthome a habituellement une structure plus anarchique, le bourgeonnement néoplasique portant aussi bien, d'après LAPIERE, sur les parois des follicules pileux que sur celles des glandes sébacées et sur l'épiderme qui les entoure, s'étend latéralement et en profondeur, n'atteignant pas les glandes sudoripares, refoulant et comprimant l'épiderme.

Si l'épiderme situé entre les follicules entrepris s'hypertrophie, celui qui les entoure et qui mène à l'opercule ne participe pas au bourgeonnement néoplasique, il est généralement aminci par compression. La limite nette des phénomènes hypertrophiques, marqués par l'opercule et l'invagination, est un bon symptôme pour le diagnostic histologique du kérato-acanthome, écrit LAPIERE. La kératose existe au centre, le plus souvent normale sans parakératose. Le stroma qui entoure la néoplasie épidermoïde, subit des modifications : infiltrations à base d'histiocytes et de lymphocytes principalement autour des vaisseaux. Cet infiltrat grignote souvent le tissu épithélial

ce qui rend la basale floue et peu visible (HURIEZ). Les mitoses sont fréquentes, des anomalies nucléaires peuvent se voir.

A cette période de début, plus longue comme on l'a vu, on ne retrouve pas dans notre observation, ni la disposition anarchique, ni l'importante infiltration inflammatoire habituellement rencontrée dans le kérato-acanthome ; on ne peut donc assimiler ces deux affections à ce stade. Mais c'est surtout à la période d'état ou de plein développement que les tumeurs de notre malade, centrées à leur sommet par une verrucosité, rappelle le plus cliniquement l'aspect d'un kérato-acanthome, cependant nous allons voir qu'il est impossible de les confondre.

L'aspect typique du kérato-acanthome à la période d'état est celui d'un nodule faisant nettement saillie sur les téguments environnants, arrondi, du volume d'un gros pois, des kérato-acanthomes plus volumineux ayant cependant été décrits par MEINICKE, VAN DER MEIREN, de la taille de 4 à 6 cm. par DUVERNE ; la tumeur est comme posée sur la peau avec limitation nette en surface et en profondeur, sans tendance à l'extension vers le chorion. Ses contours sont réguliers, marqués souvent par un sillon circulaire à la base. Elle est ombiliquée en son centre, recouverte d'un épiderme tendu dont la teinte va du rose tendre au rouge violacé, alternant avec des zones blanchâtres, formées par l'hypertrophie des glandes sébacées et sudoripares sous-jacentes.

La palpation en est absolument indolore, contrairement à notre cas où elle réveillait une sensibilité ; mais surtout, le kérato-acanthome a son centre nettement déprimé et toujours recouvert d'un bouchon kératosique plus ou moins saillant, facilement décollable ; la kératose ne se développe pas en surface de la tumeur, mais se voit ou "passe à travers l'opercule sans adhérer aux bords de ce dernier qui restent libres".

Le curetage met à nu un cratère à fond sec, tomentueux, à parois verruqueuses, non ulcéré, ne saignant pas. C'est là une très grosse différence entre notre observation et le kérato-acanthome ; il manque ce trait caractéristique qui est le papillome corné passant à travers l'opercule, le curetage des tumeurs dans notre observation montre sous la croûte superficielle, l'existence d'une masse charnue papillomateuse, saignante et non une masse kératosique comblant le cratère.

Cette très nette différence d'aspect clinique se retrouve à l'examen des coupes histologiques.

L'histologie du kérato-acanthome a été particulièrement étudiée par LAPIERE dans le Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie ; quelques précisions et commentaires concernant l'histologie, le pronostic et le diagnostic du kérato-acanthome, par HURIEZ, DESMONS, BENOIT, dans la Revue du Praticien en 1957, HEWITT dans la Revue de l'Hôpital : comme le souligne ce dernier, le diagnostic histologique du kérato-acanthome à la période d'état repose plus sur l'architecture générale de la lésion que sur les détails cellulaires. Il se caractérise par une véritable triade histologique :

- c'est une tumeur épithéliale à base arrondie, assez bien limitée, enchâssée dans le derme et saillante sur le plan superficiel ;
- elle est toujours creusée d'un cratère plus ou moins kystique uni ou multiloculaire communiquant toujours à l'extérieur en son centre ;
- le fond du cratère est le siège d'une prolifération papillaire recouverte d'une hyperkératose artho- ou para-kératosique qui, selon les incidences de coupe, peut prendre l'aspect des globes cornés d'un épithélioma spino-cellulaire. Le derme sous-jacent est le siège d'un important infiltrat inflammatoire. Lorsque le kérato-acanthome siège en des zones où le tissu musculaire est superficiel, la basale arrive en contact de ce dernier, le refoulant ou le détruisant.

Sur l'interprétation des anomalies cytologiques, monstruosités nucléaires, mitoses nombreuses rencontrées dans 80 % des cas de kérato-acanthome, d'après LAPIERE, l'accord des divers auteurs est loin d'être parfait, certains, comme TAGLIANI et VACCARI les interprètent comme une dégénérescence, d'autres, comme LAPIERE, restent plus optimistes, l'évolution favorable des kérato-acanthomes présentant de telles anomalies et traités à minima, plaident dans ce sens.

Papillome corné kystique, comme l'écrit LAPIERE, cela ne ressemble guère à l'histologie de notre observation portant sur un élément verruqueux, légèrement érodé, sans aucun aspect de cratère corné ; la structure du fragment prélevé était constituée, rappelons-le, par le mélange de trois éléments principaux :

- . l'un granulomateux,
- . des zones de prolifération présentant l'aspect d'une pyodermite végétante ;
- . enfin, une prolifération épithéliale pseudo-épithéliomateuse, dont les bourgeons disposés sans ordre et anastomosés entre eux, étroits dispersés dans un stroma inflammatoire. Ces bourgeons ne présentent aucune monstruosité cellulaire, et ne sont pas centrés par des masses cornées.

Différents à leur stade initial, différents à leur phase de pleine évolution, nous allons suivre maintenant la régression du kérato-acanthome et celle des tumeurs de notre malade.

Si les délais sont voisins, 2 mois environ, leur aspect s'oppose.

Dans notre observation, vers la 5ème-6ème semaine, l'aréole inflammatoire disparaît, la partie charnue périphérique s'affaisse, le centre papillomateux s'étend, végète, s'infiltré réalisant une néoformation verruqueuse, brunâtre, sèche qui disparaît vers la 8ème semaine, en laissant une petite cicatrice nodulaire.

Quant au kérato-acanthome, ses bords s'aplatissent pour former un mince bourrelet filiforme entourant une zone hyperkératosique qui, après une phase d'extension avec tendance à l'exfoliation, va s'affaïsser à son tour et s'éliminer. Ce bourrelet peut être érythémateux avec fines télangiectasies et "simuler un épithélioma baso-cellulaire" si le contexte clinique n'était pas connu (DEGOS). Le tout aboutit à la formation d'une cicatrice ridée, festonnée, souvent disgracieuse, "hautement caractéristique" déclare ROOK.

Nous avons donc vu que, malgré une allure évolutive à peu près similaire, nous ne pouvons assimiler notre observation à ces cas de kérato-acanthomes multiples et récidivants, de trop grandes différences, tant cliniques qu'histologiques, les séparant.

C'est dans cet ordre d'idées que nous sommes amenés à discuter les KERATOSES PSEUDO-TUMORALES que POTH décrit en 1939 et sur lesquelles FLIEGELMANN et LOVEMAN en 1952, puis NEW et HORTON en 1953, viennent d'attirer l'attention. POTH observe, chez un homme de 45 ans, l'apparition de petites tumeurs sur les mains et avant-bras, après une exposition au soleil au cours d'une partie de pêche dans le Gulf Stream. Ce facteur déclenchant fut prouvé par la récurrence des lésions après une nouvelle exposition au soleil. D'après le malade, plusieurs pêcheurs seraient atteints de cette affection.

Les éléments sont multiples, siégeant sur les mains, les avant-bras, d'abord ronds, fermes, translucides, d'aspect cancéreux ; ils grandissent, s'ombiliquent, leur centre apparaît kératinisé. Certains s'ulcèrent.

Leur évolution est assez longue, 6 à 7 mois sont nécessaires pour qu'ils aboutissent spontanément à la guérison.

Par leur allure évolutive, par leur aspect clinique, ces kératoses pseudo-tumorales sont donc bien proches des formes multiples de kérato-acanthome, quoique leur durée soit plus longue que celle habituellement notée pour ces derniers.

Elles s'en distingueraient, avant tout, par l'existence d'un facteur déclenchant : exposition au soleil ; c'est dans cette catégorie qu'il faudrait faire rentrer le cas d'EREAUX où plus de cent lésions apparaissent et guérissent spontanément pendant 19 ans, surtout sur les extrémités, en des régions qui avaient souffert d'une brûlure, brûlure d'essence en 1944 ou brûlure solaire en 1953.

Histologiquement, avec leur épithélium hyperplasique, leur centre kératosique, leur aspect de papillome enkysté, sans anomalie cellulaire ni mitotique, leur infiltration dermique riche en lymphocytes et plasmocytes, ces kératoses ressemblent à un kérato-acanthome et , comme l'a écrit HEWITT, doivent être rattachés aux kérato-acanthomes professionnels dont les particularités sont dues à leurs circonstances étiologiques; nous ne reviendrons donc pas sur les différences qui séparent notre cas de ces derniers.

Plus différent, semble-t-il, des kérato-acanthomes et donc plus intéressant à discuter, le VERRUCOME de GOUGEROT présente, quoique ce soit une lésion en règle unique, certaine analogie avec notre observation ; les cas de verrucome sont assez rares. GOUGEROT décrivit cette affection pour la première fois en 1917 sous le nom de "verrucome squameux et exulcéreux de la face", puis il publia un nouveau cas en 1929 avec BURNIER et un troisième avec BURNIER et COUSIN.

Depuis les publications on sont assez rares ; notons celles, en France, par GOUGEROT, RAMOND et GOUGEROT, BURNIER et ELIASCHEFF puis, plus récemment, par CIVATTE , MELKI et GOETSCHER, en Argentine, celle de SPILZINGER et BOROJOVICH.

Cliniquement, on ne peut guère rapprocher notre observation du verrucome. Ce dernier, toujours unique, siège à la face, angle interne ou externe de l'oeil, menton. Son aspect est assez polymorphe. Le verrucome du premier malade se présente comme une lésion bien limitée, sauf à la partie inférieure du fait de la confluence de nodules plus petits, rouge violacé,

élastique, mobile sur les plans profonds, et dont la surface est irrégulièrement verruqueuse, ici squameuse et blanche, là croûteuse et noirâtre et l'arrachement de ces croûtes met à nu une surface suintante, rose violacé.

Chez le deuxième malade, il est d'abord végétant, exulcéreux, croûteux, puis devient sec, à papilles grosses et longues, épidermisées ; enfin, chez le troisième malade, le verrucome recouvert d'une croûte apparaît après l'ablation de celle-ci, sec à papilles fines et serrées.

D'évolution plus lente que dans notre observation, de taille plus grande, 28 mm. dans le premier cas, le verrucome s'accompagne d'une adénopathie régionale, tantôt froide faite de petits ganglions (1er cas), ou gros (3ème cas), tantôt suppurée avec périadénite (2ème cas).

Enfin, la guérison par le "914" en 15 jours - un mois dans les observations de GOUGEROT ou par la Pénicilline dans celle de SPILZINGER est assez particulière.

Le verrucome est donc bien différent cliniquement de notre cas, mais paradoxalement, leurs structures histologiques présentent des ressemblances.

Histologiquement, le verrucome décrit par GOUGEROT est une tumeur épithéliale formée de boyaux épithélioux, plongeant dans un derme très infecté. Les boyaux présentent eux-mêmes une forte inflammation et sont pénétrés par de nombreux leucocytes migrants ; par place, on constate la présence de globes cornés.

Dans le 2ème cas de verrucome, le corps muqueux de Malpighi hyperacanthosique, recouvre des saillies conjonctives filiformes et ramifiées, les bourgeons interpapillaires irréguliers descendent profondément dans le derme ; le corps muqueux contient quelques globes cornés et un grand nombre de cellules migratrices.

Un tel aspect est voisin de celui de l'élément tardif de notre observation qui se présentait comme une prolifération épithéliale pseudo-apithéliomateuse dont les bourgeons étroits, anastomosés entre eux, sont disposés sans ordre dans un stroma inflammatoire, ce qui s'associait, rappelant, à une image de pyodermite et de granulome ; mais dans notre observation, les bourgeons ne sont pas centrés par des masses cornées, contrairement au verrucome, et ce dernier est le siège d'un important infiltrat composé presque exclusivement de plasmocytes. On ne peut donc, de ce fait, assimiler les deux affections qui présentent une certaine parenté histologique, sans plus.

Ce sont les rapports entre notre observation et les EPITHELIOMAS MULTIPLES A GUERISON SPONTANEE, que nous sommes amenés maintenant à envisager.

En 1934, FERGUSON SMITH publia une observation d'épithélioma spino-cellulaire primitif et multiple de la peau chez un homme jeune, avec guérison spontanée, puis deux autres observations en 1948 et en 1952. A la suite de ces travaux, d'autres cas furent décrits, surtout dans les pays anglo-saxons et ces rapports entre ces épithéliomas multiples et le kérato-acanthome furent discutés.

Si l'assimilation est défendue par certains, la plupart des auteurs en font deux affections nettement distinctes dans l'état actuel de nos connaissances.

Signalons les observations de SOMMERVILLE (1950), GRZYBOWSKI (1950), WITTEN et ZAK 1952, les 4 cas familiaux de CHARTERIS, les observations de MARSHALL et FINDLAY, ROOK et MOFFAT, DOWLING, PUENTE DUANY, PEGUM, BREAUX et MACKENZIE, FOURACRES et WHITTICK, MARSHALL et PEPLER, EPSTEIN et la première observation dans la littérature française de DEGOS, CIVATTE et TOURAINE.

C'est plus spécialement des formes éruptives décrites par GRZYBOWSKI puis par WITTEN et ZAK que notre

observation se rapproche par son allure évolutive. Le malade de GRZYBOWSKI présentait des lésions multiples, apparues pour la première fois en 1940-1941, c'est-à-dire 8 ans avant la consultation, sur le cuir chevelu, puis qui s'étendirent à tout le corps. Lorsque l'auteur examina ce malade, les lésions étaient profuses, plusieurs centaines, 50 à 60 tumeurs et papules, ne serait-ce que sur le cuir chevelu.

Les lésions débutent par une petite papule, punctiforme, à peine visible, qui grandit lentement, se déprime en son centre, parfois s'ulcère, puis finalement régresse, au bout de 4 à 8 mois, laissant une cicatrice.

Tantôt isolées, tantôt groupées, de taille variable, allant d'un point à peine visible à la taille d'un haricot ou d'une cerise, les éléments prédominent au visage et le cuir chevelu, atteignant également le cou, la région sacrée, les muqueuses pharyngées, le palais. Les tumeurs petites sont molles, certaines étant pédiculées et la pression en fait sourdre une substance blanche et grasse, les plus grandes sont fermes. En outre, les cicatrices très abondantes criblent la peau. Histologiquement, l'image était celle d'un épithélioma spino-cellulaire. GRZYBOWSKI assimila complètement son observation aux autres cas décrits par FERGUSON SMITH avec la simple particularité d'un nombre plus grand d'éléments. Dans la forme originale de FERGUSON SMITH comme dans celle de GRZYBOWSKI, les lésions débutent habituellement dans le jeune âge : 16 ans dans l'observation princeps de FERGUSON SMITH, 29 ans dans une autre, 18 ans dans celle de DOWLING, 26 ans dans celle de MARSHALL et PEPLER, 14 ans dans celle de PECUM, une vingtaine d'années dans celle de GRZYBOWSKI.

Un élément familial est souvent retrouvé.

CHARTERIS nota la même affection chez le père du malade et 3 de ses fils sur 5, tante maternelle, mère et soeur présentent les mêmes troubles dans l'observation de PECUM, le frère et la soeur dans celle de CALNAN, le père et le fils dans la troisième observation de FERGUSON SMITH.

Les lésions siégeant sur le visage, plus particulièrement sur le front, lèvres, oreilles, sur les membres, le cou, moins sur le thorax, débutent par une papule rougeâtre simulant l'acné, mais le comédon ne peut être enlevé par la pression qui fait sortir un bouchon corné. Les éléments grandissent, s'ulcèrent en leur centre. L'ulcération finit par guérir, les bords s'aplatissent et le terme final est une cicatrice déprimée. Les lésions sont plus ou moins nombreuses; plus d'une centaine dans l'observation de GRZYBOWSKI, quelques éléments évoluant à la fois dans celle de FERGUSON SMITH où certains apparaissent tandis que d'autres guérissent et l'on en compte une douzaine sur la jambe droite et deux groupes agglomérés sur la gauche. La taille est variable d'un élément à l'autre, certains s'étendent pour former un anneau, l'un mesure 9x7 cm. au centre aplati en voie de guérison, un autre plus petit de 4 cm. de diamètre.

En général, les éléments des jambes sont plus gros et persistent plus longtemps. L'évolution normale dure 6 mois, mais peut être plus prolongée; aucune récurrence après traitement n'a été observée.

Pratiquement, presque toutes les lésions s'ulcèrent et ce stade ulcéreux est assez caractéristique de l'épithélioma de FERGUSON SMITH. On retrouve cette phase ulcérée dans les autres observations publiées d'épithélioma de ce type. Citons celles de PEGUM, DOWLING et CALNAN, ROOK et MOFFAT, MARSHALL et FINDLAY où 28 épithéliomas ulcérés siègent sur la face, le cou, les avant-bras, celle de DEGOS, CIVATTE et TOURAINE.

L'inégalité de taille des divers éléments, allant d'un point à peine perceptible à celle d'une cerise, leur pluralité d'aspects, tantôt lisses, plats, réguliers, tantôt verruqueux, tantôt annulaires, tantôt fermes, tantôt mous, la possibilité de pédiculation et de l'atteinte des muqueuses s'ajoutant aux divers stades d'évolution, réalisant un polymorphisme lésionnel, particulier à ce type d'épithélioma de FERGUSON SMITH, sur lequel MARSHALL et FINDLAY ont justement insisté.

Ils notèrent, chez un même malade, pas moins de 7 aspects morphologiques différents :

- . ulcération cratériforme sur les lèvres et le cou,
- . plaques circulaires, élevées et nodules lisses sur le cou,
- . lésions verruqueuses et ulcérées sur le cou et les avant-bras,
- . cicatrices déprimées, profondes et blanches sur le cou et le visage,
- . cicatrices à bords irréguliers, entourant la perforation des lobules des oreilles,
- . cicatrices aux parois surélevées, telles qu'on en voit dans les scrofulodermes ou l'acné conglobata,

Notre observation est donc très loin, cliniquement, de ce type épithéliomateux souvent familial, débutant dans le jeune âge, dont le polymorphisme lésionnel, l'évolution plus lente, l'en séparent et dont la structure microscopique est toute autre.

FERCUSON SMITH préleva 5 biopsies sur des lésions d'âge différent, et put en examiner une toute récente ; 6 jours après son début, de la taille d'un grain de millet, faite d'une prolifération épidermique avec une formation cornée centrale, de structure spiralée ; on observait de nombreux globes cornés et des boyaux de cellules épithéliales pénétraient le chorion. L'aspect évoque un cancer spino-cellulaire. La 2ème biopsie portait sur une papule du dos de la main, de la grosseur d'une lentille, avec un bouchon central corné, datant de trois semaines. L'aspect est semblable à celui de la première biopsie, mais avec une accentuation des signes de malignité. Les plages de cellules épithéliales montrent indubitablement des caractères malins : irrégularité de taille, nombreuses mitoses, absence de membrane basale.

On retrouve le même aspect sur les coupes 3 et 4, avec des cellules plus différenciées ; enfin, le dernier

prélèvement portant sur la périphérie d'une lésion qui avait déjà fait l'objet d'une étude à son stade initial, montre un tissu cicatriciel avec perte des éléments normaux du chorion, destruction des fibres élastiques.

FERGUSON SMITH a beaucoup insisté sur les caractères de malignité observés sur les coupes histologiques, et rappelle que tous les anatomo-pathologistes qui les ont examinées ont conclu à un véritable épithélioma spino-cellulaire, une infiltration des lymphatiques ayant même été notée. Seule la notion de guérison spontanée de lésions antérieures avait fait réserver le diagnostic de l'auteur, qui individualisa ce type d'affection ressemblant cliniquement et histologiquement à un épithélioma cellulaire, beaucoup trop pour que l'on puisse faire entrer dans ce cadre d'épithéliomatose, notre cas dont l'histologie n'évoquait qu'une hyperplasie pseudo-épithéliomateuse sans signe de malignité associée à un granulome et à une image de pyodermite végétante.

C'est donc également au voisinage des PYODERMITES VEGETANTES que notre observation se situe, plus d'ailleurs par l'histologie que par la clinique. Les formes papillaires suppurées, pseudo-épithéliomateuses d'AZUA verruqueuses de BOSELLINI ou de GOUGEROT, sont fort différentes ; seules, celles décrites par MANTA et EAZEX se rapprochent de notre cas, surtout par leur évolution. On retrouve souvent à leur origine un petit traumatisme, une plaie, et leur début est habituellement fébrile. A leur période d'état, ces formations, "ces boules de gomme" sont plus molles, plus élastiques que les tumeurs de notre malade, pédiculées souvent conglomérées en chou-fleur, mamelonnées, de teinte rosée, parfois dissimulées par un exudat séro-purulent qui s'en détache facilement lorsqu'on les palpe.

C'est également parmi les pyodermites végétantes que l'on doit discuter les pyodermites papuleuses à épiderme lisse de GOUGEROT et le granulome de TRUFFI. De ce dernier, nous n'en avons trouvé qu'une courte description par TOURAINE et par MARGAROT. Il s'agirait d'éléments éruptifs d'abord maculeux, puis papuleux, apparaissant sur les avant-bras

et la face, et formant des nodosités rougeâtres et élastiques, recouvertes d'un épiderme intact ou ulcéré, avec quelques abcès folliculaires. La guérison survient au bout de un ou deux mois.

Proche de lui, la pyodermite papuleuse décrite par COUGEROT débute par des phlyctènes purulentes qui, rapidement, en 8 à 10 jours, forment des papules arrondies de 1 à 2 cm. de diamètre, saillantes à surface plane, lisse, brillante, fermes et infiltrées isolées ou confluentes, évoluant favorablement sous l'action des antiseptiques locaux.

L'histologie montre une couche cornée fortement hypertrophiée et, par places, parakératosiques. Par endroits, elle est dissociée par des amas de cocci Gram positif. Les bourgeons interpapillaires larges ou digitiformes, descendent profondément dans le derme. Le corps papillaire est oedémateux, les vaisseaux extrêmement dilatés sont entourés par un infiltrat dense lympho-plasmocytaire avec de rares cellules épithélioïdes et en de nombreux endroits, des cellules géantes du type à corps étranger.

Certes, l'histologie des tumeurs de notre malade rappelle la pyodermite par l'aspect granulomateux formant une masse de cellules inflammatoires polymorphes où les polynucléaires altérés sont en grand nombre; mais sur aucune coupe, on n'a décelé la présence de cocci.

Le concept de pyodermite végétante repose sur la responsabilité de germes quant aux manifestations pathologiques, soit découverts in situ, soit mis en évidence par les cultures ou par l'action favorable des traitements antimicrobiens. Or, à aucune période, les antibiotiques n'ont eu d'action, les essais de culture se sont révélés négatifs, les tentatives d'inoculation sans résultat.

Il s'agit donc là, malgré les analogies histologiques, d'affections toutes différentes.

AU TOTAL :

La comparaison de cette observation de granulo-acanthomes multiples avec les différentes affections que nous avons examinées successivement nous a permis de dégager certaines analogies cliniques ou histologiques, mais aucune de ces affections ne peut être superposée à notre cas. Ces maladies présentent d'ailleurs entre elles de nombreuses similitudes et leur autonomie est discutée par certains auteurs qui n'y voient que des variantes de kérato-acanthomes ; la plupart cependant préfèrent maintenir la distinction.

Une meilleure étude de leur étiologie permettrait peut-être de résoudre ce problème. Mais actuellement, si l'origine virale du kérato-acanthome et de l'épithélioma de FERGUSON SMITH est admise par certains auteurs, celle-ci n'est pas formellement prouvée. EREAU et collaborateurs, puis LANGER, auraient isolé et photographié un virus quadrangulaire voisin de celui du molluscum contagionum. Toutes les autres tentatives de mise en évidence d'un virus ont échoué. De nombreux autres facteurs semblent jouer un rôle important dans la genèse de ces maladies : contact avec substance cancérigène, exposition au soleil, traumatismes, hérédité, etc...

On a pu reproduire expérimentalement des kérato-acanthomes chez les animaux, mais on est loin de pouvoir expliquer tous les cas.

Aucun de ces facteurs n'a été trouvé dans notre observation : la recherche de germes, les auto-inoculations se sont avérées sans résultat. Notre cas de granulo-acanthome se situe au voisinage de ces diverses affections dans le groupe des hyperplasies pseudo-épithéliomateuses de la peau ; mais en l'absence de données étiologiques, il n'est pas possible de conclure formellement à son entité nosologique ou à son rattachement à l'une ou l'autre de ces formes.

CONCLUSION

Ce granulo-acanthome que nous avons eu l'occasion d'observer se caractérise :

CLINIQUEMENT : par des tumeurs évoluant par poussées et passant par un stade nodulaire végétant puis cicatriciel .

HISTOLOGIQUEMENT : par l'association d'une triple image :

- . granulome,
- . pyodermite végétante,
- . hyperplasie pseudo-épithéliomateuse,

La comparaison avec les affections voisines nous a permis de constater que :

au KERATO-ACANTHOME , il ressemble par certains caractères cliniques et histologiques, mais ne présente aucun cratère corné ;

- du VERRUCOME, il se rapproche non cliniquement mais histologiquement, mais l'infiltrat du verrucome est plasmocytaire et les bourgeons épithéliaux sont centrés par des masses cornées ;

- de l'EPITHELIOMA DU TYPE FERGUSON SMITH certains traits le rapprochent, mais ce dernier a des caractères microscopiques franchement malins ;

- avec les PYODERMITES VEGETANTES, la ressemblance est purement histologique,

Notre cas se situe au voisinage de ces différentes affections. Mais quant à le rattacher à l'une de ces formes ou en faire une entité nosologique, en l'absence de données étiologiques, il est impossible de conclure formellement.

VU et PERMIS d'IMPRIMER
Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS

J. ROCHE

Le DOYEN de la FACULTE
de MEDECINE de PARIS

Le PRESIDENT
de THESE :

L. BINET

R. DEGOS

BIBLIOGRAPHIE

1.- ARGUELLES & CASALS

El verrugoma hiperqueratosico crateriformo
Bol. Soc. Cubana Derm. T.II Déc.1954 p.140 (cité
par RAMOS).

2.- DE AZUA & SCIDA PONS

Pseudo-épithélioma cutané
XIV° Congrès de Médecine de Madrid 1903
Analysé Ann. Derm. p. 745

3.- BAUDUIN P.

Contribution à l'étude clinique des pyodermnites
végétantes
Thèse de Strasbourg. 1951.

4.- BEARE J.M.

Molluscum sebaceum
Brit. J. Surg. t. 41 1953 p. 167.

5.- BINAZZI M. & FINZI A.

Le kérato-acanthome disséminé à propos d'une obser-
vation sur le nourrisson.
Clin. Derm. V. Perugia. Anal. Ital. Gener. Rev.
of Derm. vol. II 1961 p. 75.

6.- BOSELLINI

Dermatite chronique verrucoïde circonscrite des
mains
Giorno Ital. Della Mal. Ven. 1905 p. 538
Anal. Ann. Derm. 1906 p. 814

7.- BURDA & PIECHOCKI

Zagadnienie keratoacanthoma multiplex
Przegląd Derm. t.46 n° 2, p. 249-258
Anal. Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t. 86 1959 p.548

8.- CHARTERIS A.-A.

Ann. J. Rantgenal t. 65 1951 p. 459

- 9.- CIVATTE & Coll.
Cas pour diagnostic (verrucome ?)
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. 1951 p. 532
- 10.- COULANT , TEXTIER & Mlle CHEROUX
K-A Evolution clinique maligne confirmée
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.63 1956 p. 20
- 11.- CURRIE A.-R. & FERGUSON SMITH X.
J. Path. Bact. t.64 1952 p. 827-833.
- 12.- DEGOS R.
Traité de Dermatologie Flammarion.
- 13.- DEGOS R., CIVATTE J. & TOURA JE R.
Epithélioma de FERGUSON SMITH
Bull. Soc. Fr. Dermat. & Syph. t.67 1960 p.855-860
- 14.- DEGOS R., COTTENOT F. & CIVATTE J.
K -A reformé après abrasion. Etapes successives
suivies pendant 4 mois.
Bull. Soc. Fr. Dermat. & Syph. t.65 1958 p.122
- 15.- DOWLING G., CALNAN C. & TIPLING D.
Self healing squamous cell epithelioma of FERGUSON
SMITH.
Transactions of the St-John's Hospital Derm.
Soc. t.33 1954 p.60-61,
Anal. Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.83 1956 p.336
- 16.- DUNN J.-S. & FERGUSON SMITH J.
Brit. J. Dermat. & Syph. t.46 1934 p.519-523
- 17.- DUPONT A.
Kyste sébacé atypique
Arch. Belges de Derm. 1930 p.177
- 18.- DUPONT A.
Le K-Acanthome
Ann. Derm. & Syph. t.81, 1954, p.621.

- 19.- DUPONT A.
A propos du K-A.
Arch. Belges Derm. & Syph. t.10 1954 p. 244-245
- 20.- DUPONT A.
A propos du K-A.
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.67 1960 p.296-300.
- 21.- DUVERNE, MONNIER & VOLLE
K-A géant de la lèvre supérieure
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.66 1959 p.397
- 22.- EPSTEIN, BISKIND & POLLACH
Arch. of Dermat. t.75 1957 p.210-223.
- 23.- EREAUX L.-P. , SCHÖPFLOCHER P. & FOURNIER P.-L.
Kérato-acanthoma
Arch. Derm. & Syph. Chicago t.75 1955 p.73
- 24.- FERGUSON SMITH
A case of multiple primary squamous celled carcinoma of the skin in a young man with spontaneous healing
Brit. J. Derm. & Syph. t.46 p.267-272
- 25.- FERGUSON SMITH
Multiple primary, self healing squamous epithelioma of the skin
Brit. J. Derm. & Syph. t.60 1948 p.315-318
- 26.- FLIEG ELMAN et LOVEMAN
Tumor like keratoses
Arch. Dermat. & Syph. t.66 1952 p.353 Chicago
(cité par HEWITT).
- 27.- FOURACRES F.-A. & WHITTICK J.-M.
Britain J. Cancer t.7 1953 p.58-64 (cité par LAPIERE)
- 28.- GHADIALLY F.-N.
A comparative morphological study of K-A of man and similar experimentally produced lesions in the rabbit
J.Path. Bact. 1958 75/2 p.441-453

29.- CHADIALY F.-N

The experimental production of K-A in the Hamster and the mouse

J. Path. Bact. 1959 77/I p.277-282 (cité par LAPIERE)

30.- GOUGEROT H.

Verrucome squameux et ulcéreux de la face

Arch. de Med. & Pharm. Mil. n° 5 1917 p.344

31.- GOUGEROT H.

Verrucome avec adénite à structure épithéliomatiforme

Arch. Derm. & Syph. de la clinique de l'Hop. St-Louis n° 2 1929 p.374

32.- GOUGEROT H., BLUM & COUSIN

Un nouveau cas de verrucome

Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. 1929 p.255

33.- GOUGEROT & BURNIER

Lésion papillomatouse du menton avec adénite suppurée

Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. 1929 p.67

34.- GOUGEROT & Coll.

Lésions naissantes de verrucome

Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. 1929 p.255

35.- GOUGEROT, GAUCHER & DUBOSC

Pyodermite impétigineuse verruqueuse et pyodermite verruqueuse sèche simulant la tuberculose

Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. Avr. 1911 p.241

36.- de GRACIANSKY & BOULLE

Atlas de Dermatologie : le kérato-acanthome

37.- GRZYBOWSKI M.

A case of peculiar generalised epithelial tumours of the skin

Brit. J. of Derm. & Syph. t.62 1950 p.310

38.- HEWITT J.

Les pseudo-cancers de la peau. Hyperplasie pseudo-
épithéliomateuse
L'Hôpital Déc. 1956 p.565-572

39.- HEWITT J., KAUFMANN P. & LEGLAND P.

Granulocanthome multiple successif, Effet de la
corticothérapie. Discussion nosologique
Bull. Soc. Derm. & Syph. t.67 1960 p.502-510

40.- HURIEZ C., CLAY, VOISIN, DESMONS, BENOIT, MARTIN & DALLOT

A propos de 34 observations de K-A.
Congrès de Lausanne 1956.

41.- HURIEZ C., DESMONS & BENOIT

Les faux cancers cutanés. A propos de 42 cas de K-A
Revue du Praticien 21 mars 1957 p.969-964

42.- LANGER E.

Verhandlungen der Deutsch Gesellschaft für Patholo-
gie. 42 Tagung Wien 1958 p.334 (cité par DUPONT)

43.- LAPIERE

Contribution à l'étude du K-A
Arch. bleues de Derm. t.10 1954 p.185-197

44.- LAPIERE

Discussion sur le K-A
Congrès de Lausanne 1956.

45.- LAPIERE

Quelques précisions et commentaires concernant
l'histologie et le pronostic et le diagnostic du
K-A
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.66 1960 p.62-75

46.- LAPIERE

Récidive sous forme géante mais bénigne de 3 K-A
insuffisamment traités par clivage
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.67 1960 p.303-308

- 47.- LEVY, CAHN, SCHAFER & BEERMAN
Kérato-acanthomes
J. Am. Med. Ass. 1958 p.562-564
Anal. Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.83 1956 p.332
- 48.- LOEWENTHAL
Pseudo-épithélioma d'AZUA, sa ressemblance avec
le K-A post-traumatique
Acta Derm. Ven. t.38 1958 n° I p.78-82
Anal. Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.86 1959 p.588
- 49.- Mc CORMAC H. & SCARFF R.W.
Molluscum sebaceum
Brit. J. of Derm. & Syph. t.48 1936 p.624
- 50.- MARGAROT J.
Problèmes nosologiques de pyodermite végétante
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. 1947 p.237-252
- 51.- MARGAROT J., RAVOIRE & CASALS
Quinze observations de pyodermite végétante locale
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.7 1947 p.257-264
- 52.- MARGAROT J., RIMBAUD & GUILBERT
Quelques aspects histo-pathologiques des pyodermites
végétantes locales
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t. 7 1947 p.264-271
- 53.- MARSHALL & FINDLAY
Multiple primary self healing squamous epithélioma
of the skin (FERGUSON SMITH) and hi relationships
to molluscum sebaceum
South Africa M. J. t.27 1953 p.1000-1005
- 54.- MARSHALL & PEPLER
Mollusca pseudo-carcinomatosa. Discussion d'un cas
du type FERGUSON SMITH avec distribution unilatérale
Brit. J. Cancer t.8 1954 p.251-254
Anal. Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.83 1956 p.335
- 55.- MEINICKE K.
Kerato-akanthoma KASUISTISCHER Bericht
Hautartz t.5 1954 p.276

56.- NANTA & BAZEX

Formes cliniques des pyodermites végétantes
Ann. Derm. Syph. t.8 1937 p.609-623

57.- NEW & HERTON

Arch. Dermat. & Syph. t.68 1953 p.475-478

58.- PEGUM J.

Familial primary self healing squamous epithelioma
of the skin (FERGUSON-SMITH)
Proceeding of the Royal Soc.Med.Sect.Dermat.
t.47 1954 p.403

59.- PILLBURG & BEERMAN

Multiple K-A
Am. J.of Med. Sc.t. 236 n°5 1958 p.614-624
Anal. Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.86 1959 p.548

60.- POTH D.

Tumour like keratose, report of a case
Arch. Derm. & Syph. t.39 1939 p.228

61.- N. PUENTE DUANY Havane

Tumores cutaneos de estructura espinocellular y
caracter benino. Una nueva forma clinica
Arch.Cub.Cancerol.t.13 1954 p.327-381.
Anal. Bull. Soc.fr. Derm.& Syph. t.83 1958 p.535

62.- N. PUENTE DUANY Havane

Tumores cutaneos de evolucion benigna con aspecto
y estructura parecida al epithelioma espinocellular
Querato-acantoma
Arch. Cub. Cancerol. t.16 1957 p. 1-48
Anal. Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph.t.86 1959 p.545

63.- N. PUENTE DUANY Cuba

Squamous cells pseudo-epithelioma (K-A)
Arch. Derm. Syph. Vol.78 n° 6 1958 p.703-709

64.- N. PUENTE DUANY Havane

Pseudo-epithelioma a espinocellular. Queratoacanthoma
de la piel de la cara anterior del thorax
Arch. Cub. Cancerol. t.18 1959 p.1-15
Anal. Bull. Soc.fr. Derm. & Syph.t.86 1959 p.547

- 65.- N. PUENTE DUANY & N. PUENTE DUANY Miami
Tumeurs épidermiques bénignes multiples de structure
malpighienne spinocellulaire avec tendance à la
cicatrisation
Bull. Ass. Fr. étude cancer t.44 n° 1 1957 p.43-59
- 66.- RABUT & HEWITT
K-A multiples successifs : localisation labiale
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. t.61 1954 p.14
- 67.- RAMOND, GOUGEROT, BURNIER & ELIASCHEFF
Un nouveau cas de verrucome
Bull. Soc. Fr. Derm. & Syph. 1931 p. 612
- 68.- RAMOS & SILVA
Du verrucome au K-A
Congrès de Lausanne 1956
- 69.- RIGDON R.-H.
K-A experimentally induced with methyl cholanthrene
in the chicken
Arch. Derm.Syph. t.79 n° 2 1955 p.139-147
Anal. Bull. Soc. Fr.Dermat.& Syph. t.86 1959 p.549
- 70.- ROOK
K-A état pseudo-carcinomateux voisin
Congrès de Lausanne 1956
- 71.- ROOK & MOFFAT
Multiple self healing epithelioma of F-S type
Report of a case of unknown cause elicited by tar
J. Exp. Med.69 1939 p.389 (cité par LAPIERE)
- 72.- ROOK & MOFFAT
Guérison spontanée d'épithéliomas du type FERGUSON
SMITH
Arch. Derm.Syph;T. 74 n° 5 1956 p.525-532
- 73.- ROOK & WHIMSTER
Le kérato-acanthome
Arch.blages Derm. t. 6 1950 p.137

- 74.- ROUS & KIDD
A comparaison of virus induced rabbit tumours,
with the tumours of unknown cause elicited by tar
J. Exp. Med. t.69 1939 p.389
- 75.- SINA
Le K-A, Etude clinique, critique et histologique
Thèse PARIS, Juin 1955
- 76.- SMITH P.
Multiple K-A
Proc. of Roy. Soc. Med. Sec t. Derm. t.49 1956 p.428-429
- 77.- SOMMERVILLE & MILNE
Familial primary self healing squamous epithelioma
of the skin
Brit. J. of Derm. Syph. t.62 1952 p.485
- 78.- SPIILZINGER & BOROJOVICH
Verrugoma de GOUGEROT
La semana medica Buenos-Ayres t.106 1955 p.221
(cité par RAMOS)
- 79.- TENIME P., STOHL A., ODDOZE, TRAMIER G.
K-A de la lèvre inférieure avec altération muscu-
laire sous-jacente
Bull. Soc. r. Derm. & Syph. t.67 1960 p.308-309
- 80.- TORCHI
In terma de K-A. Arch. Ital. Derm. Sifi Ven. t 28 p.39⁰
- 81.- TOURAINÉ A.
Pyodermite végétante. Encycl. Med. Chir. Derm. p.12033 E50
- 82.- TOURAINÉ A., DUPERRAT B.
Guérison spontanée de certains cancers cutanés
Ann. Derm. Syph. t. 7 1936 p. 545
- 83.- VACCARI R. & TAGLIAVINI R.
II kerato-acantome
Arch. Ital. Derm. Sifi 27 1955 p. 239
Anal. Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. t. 83 1956 p. 239
- 84.- WITTEN & ZAK
Multiple primary self healing Prickle-cell epithelioma
of the skin
Cancer 1952 t. 5 p. 539

